ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

Distretto Sanitario Ghilarza
Ufficio Assistenza Protesica
0785/560335

ALLEGATO N. 1

OGGETTO: rimborso spese per persone sottoposte a trattamento oncologico chemioterapico.

FATT. N°	DATA FATTURA		IMPORTO FATTURA €	CONTRIBUTO DA LIQUIDARE
248/A	27/07/2023		420,00	150,00
122/2023	07/06/2023		481,00	150,00
273/2022	05/12/2022		250,00	150,00
				450,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO